

ATYPISCHE BEHANDLUNGEN DES CERVIXKARZINOMS

**Eine kritische Übersicht über Zuweisungen
von 70 Patientinnen an die I.UFK München
in den Jahren 1968 bis 1984**

HEINO OESTREICH

1986



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der I.Frauenklinik der Universität München

Vorstand: Professor Dr.med.Dr.h.c.J.Zander

ATYPISCHE BEHANDLUNGEN DES CERVIXKARZINOMS

Eine kritische Übersicht über Zuweisungen von
70 Patientinnen an die I.UFK München in den
Jahren 1968 bis 1984

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Heino Oestreich

aus Bennemühlen/Burgdorf

München 1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv.-Doz.Dr.med.H.Lochmüller

Mitberichterstatter: Prof.Dr.med.E.-R. Weissenbacher

Dekan: Prof.Dr.W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 7.5.87

INHALTSANGABE

1. EINLEITUNG
2. PROBLEMSTELLUNG
3. OPERATIONSWEGE BZW. BEHANDLUNGSMODUS
4. ALTERSVERTEILUNG
5. HISTOLOGIE
6. THERAPIE
7. ÜBERLEBENSZEIT
8. REZIDIVE
9. ZUSAMMENFASSUNG
10. EINZELFALLDARSTELLUNG
11. LITERATURANGABEN

EINLEITUNG

Ist der histologische Befund eines Zervixkarzinoms erhoben worden, welcher durch eine fraktionierte Ausschabung, Biopsie, Konisation oder Portioabschabung erreicht wird, plant man das weitere therapeutische Vorgehen. (1,2,3,16)

Das wichtigste Kriterium für die Therapiewahl ist das jeweilige Stadium, welches durch die präoperative palpatorische Bestimmung erstellt wird. (4,28,29,39)

Ist zwischen Tumor und Beckenwand eine Operations-ebene gegeben und die Patientin in einem guten operablem Allgemeinzustand, ist die operative Behandlung des invasiven Zervixkarzinoms die erfolgversprechenste Therapie. (5,6,7)

Bis zum Figostadium IIa wird heutzutage die erweiterte abdominale Uterusexstirpation nach Wertheim Meigs mit pelviner Lymphonodektomie durchgeführt. (8,11,18)

Wie die Altersverteilung zeigt, ist das Zervixkarzinom auch ein Karzinom junger Patientinnen. Bei diesen Frauen kann, wie Untersuchungen ergeben haben, ein Ovar belassen werden, da das Plattenepithelkarzinom in nur 0,5 % einen metastatischen Ovarialbefall zeigt. (9,10,15,21)

Stellt sich in der Operationsebene eine Infiltration des Parametriums dar, also ab dem Figo Stadium IIb, ist die primäre, kombinierte Strahlenbehandlung indiziert. (13,17,19)

Diese Perkutan- und Kontakttherapie wird nach folgendem Schema vorgenommen (20,24,40):

Die Perkutantherapie mit dem Gammatron oder Betatron 42 MeV Röntgen (je nach Patienten-Durchmesser) von einem abdominalen und dorsalen Großfeld aus, zunächst 10 Bestrahlungen à 250 rad Herddosis in Beckenmitte, dann Aufdosieren bis 4000 rad (splitgeteilte Felder).

Parallel zu dieser Perkutantherapie wird die Radiumkontakttherapie durchgeführt: 3 Radiumeinlagen in 14-tägigem Abstand mit Stift und Platte (intrauterin und vor die Portio) bis zu einer Gesamtdosierung von 5500 mgh in fallender Dosierung.

Ist die Patientin operiert worden, kann die dann anschließende histologische Aufarbeitung des Operationspräparates eine genaue Klärung über die Invasionstiefe des Zervixkarzinoms geben. Schon aus diesem Grund wäre es Wünschenswert, daß die großen Frauenkliniken eigene histologische Laboratorien besitzen würden. (23,22,26)

Das histologische Ergebnis stellt dann die

Weichen, ob eine postoperative Nachbestrahlung erforderlich ist. Diese Nachbestrahlung besteht auch in einer Perkutan- und Kontakttherapie. Die Perkutanbestrahlung ist der primären Strahlentherapie identisch, lediglich die Kontakttherapie besteht aus zwei Radiumeinlagen (Vaginalrohr und Platte) à 1000 mgeh.

Tritt ein lokales Rezidiv auf, besteht die Möglichkeit einer Bestrahlung in zweiter Serie.

Bei ausbestrahlten Rezidiven mit möglicher Fernmetastasierung (eventuell positiver Scalenusbiopsie, Thoraxröntgen etc.), wird eine zytostatische Therapie mit Vindesine und Cis-Platin begonnen. Diese Chemotherapiezyklen werden alle 3 - 4 Wochen durchgeführt.

PROBLEMSTELLUNG

In dieser Arbeit werden retrospektiv 70 Patientinnen erfaßt, die im Zeitraum von 1968 bis 1984 der I.UFK München zugewiesen worden sind, bei denen der vorabbeschriebene Behandlungsweg nicht vorgenommen worden ist.

Dieses Patientenkollektiv läßt sich in vier Gruppen unterscheiden:

Gruppe 1.: Histologisch lag bei diesen Frauen ein gesichertes Zervixkarzinom vor, mindestens ein Figo-Stadium Ib, wo dann anschließend keine erweiterte Uterusexstirpation mit Lymphonodektomie nach Wertheim Meigs vorgenommen worden ist, sondern lediglich eine einfache abdominale oder vaginale Hysterektomie.

Gruppe 2.: Bei diesen Patientinnen lag ein gesichertes Zervixkarzinom vor und das präoperative Staging wurde falsch vorgenommen. Das Stadium war sicherlich schon Figo-Stadium IIb oder darüber. Es wurde ein falsch indizierter Wertheim vorgenommen und durch den Tumor hindurchoperiert.

Gruppe 3.: Hier wurde eine insuffiziente präoperative Diagnostik ausgeführt. Entweder lagen nur

zytologische Befunde vor, oder auf Grund einer histologischen Sicherung durch eine Kniprbiopsie, wurde dann eine einfache abdominale oder vaginale Uterusexstirpation angeschlossen.

Gruppe 4.: Hier wurde eine falsche oder keine postoperative Nachbestrahlung durchgeführt, d.h. die histologische Aufarbeitung der Operationspräparate wurde nicht genutzt, um den Patientinnen eine suffiziente postoperative Therapie zuzuführen.

OPERATIONSWEGE BZW. BEHANDLUNGSMODUS

Die Aufschlüsselung der Operationsmöglichkeiten der hier erfaßten 70 Patientinnen, die in unserem sogenannten " Weißbuch" registriert worden sind, ergibt:

In 77,1 % (n=54) wurde eine einfache abdominale Hysterektomie durchgeführt. Die anschließende histologische Aufarbeitung des Hysterektomiepräparates ergab dann, daß durch den Tumor hindurch operiert worden war.

Bei weiteren 14,3 % (n=10) wurde eine vaginale Hysterektomie vorgenommen; auch hier ergab dann die Histologie einen über das Operationspräparat hinausgehenden Tumor.

In diesen beiden Gruppen wurde ein falsches präoperatives Staging, bzw. eine unzureichende Operation vorgenommen.

Bei den restlichen 8,6 % (n=6) der Fälle waren besondere Umstände vorhanden, die letztlich eine unzureichende Therapie ergaben:

So wurde bei einer Patientin eine erweiterte Operation nach Wertheim-Meigs durchgeführt; dann ergab sich an Hand der Histologie, das eine große Invasionstiefe vorhanden war, außerdem eine befallene Lymphknotenmetastase. Aus diesen histologischen Befunden wurde aber keine

Konsequenz gezogen, die Patientin nicht nachbestrahlt und erst bei dem aufgetretenen Lokalrezidiv in unsere Klinik zu weiteren Therapie überwiesen.

Bei einer Patientin wurde zur histologischen Sicherung aus dem Bereich eines exophytär wachsenden Cervixtumors eine Probebiopsie entnommen. Histologisch ergab sich ein Plattenepithelcarcinom; außerdem lag eine parametrane Infiltration beidseits vor. Hier lehnte die Patientin die Kontaktbestrahlung ab und war nur mit einer Perkutantherapie einverstanden. Nachdem eine Progression eintrat, wurde eine Rezidivbestrahlung mit der notwendigen Kontakttherapie eingeleitet.

In einem weiteren Fall war bei einer Patientin schon seit 2 Jahren ein Cervix-tumor, exophytär wachsend, bekannt und histologisch gesichert. Trotz eindringlicher Aufklärung weigerte sich die Patientin eine Behandlung vornehmen zu lassen. Sie wurde dann als Notfall in unsere Klinik eingewiesen, da sich eine lebensbedrohende Blutung eingestellt hatte. Nach erneuter histologischer Sicherung unseres Labors, wurde mit der primären Bestrahlungstherapie des Plattenepithelkarzinoms begonnen. Es stellte sich im späteren Krankheitsverlauf ein Rezidiv

ein. Histologisch mit dem Rezidiv eines Plattenepithelkarzinoms vereinbar. Mit dieser Patientin wurde dann eine 2.Bestrahlungsserie besprochen, wiederum verzögerte die Patientin aber auch diese Therapie um 3 Monate. Dann bei Wiederaufnahme in unsere Klinik mußten bereits Fernmetastasen der Lungen festgestellt werden.

Bei einer anderen Patientin bestand ein Zustand nach einer supravaginalen Uterus-amputation. Im verbliebenen Reststumpf hatte sich jetzt ein Cervixkarzinom gebildet.

Nach dem bei einer 77-jährigen Patientin, bei einem suspekten Portiobefund, die Portio-PE ein Plattenepithelkarzinom ergeben hatte, wurde eine Probelaparatomie vorgenommen. Intraoperativ stellte sich eine ausgedehnte Infiltration in die Blase heraus.

ALTERSVERTEILUNG

Das mittlere errechnete Durchschnittsalter, der im "Weißbuch" erfaßten 70 Patientinnen, beträgt 59,2 Jahre. Dieses entspricht dem Jahrgang 1925.

Die älteste Patientin war im Jahr 1902 geboren. Wie in der Abbildung 1 aufgezeigt, sind 3 Patientinnen in diesem Jahrgang registriert, daß entspricht einem Prozentsatz von 4,3 %. Insgesamt sind 7 Patientinnen über 76 Jahre, entsprechend 10 %.

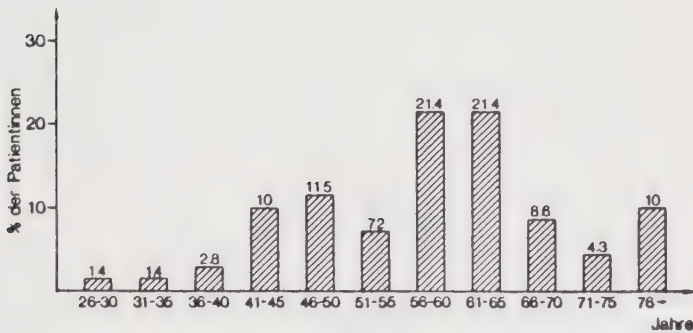


Abb 1.: ALTERSVERTEILUNG

Der Gipfel der Altersverteilungskurve zeigt den Jahrgang 1924, die Anzahl beträgt hier 7 Patientinnen, das sind 10 %. In der Abbildung 1

ergeben sich die 2 gleichgroßen Blöcke in der 5-Jahresaufteilung in der Altersgruppe 56 - 60 und 61 - 65 Jahren. In jeder Gruppe sind 15 Patientinnen erfaßt, das entspricht einem Prozentsatz von 21,4 %.

Die jüngste erfaßte Patientin ist im Jahr 1958 geboren, prozentual ergibt das 1,4 %. Insgesamt sind 4 Frauen in den erfaßten Weißbuchfällen unter 40 Jahren (5,7 %).

HISTOLOGIE

Alle histologischen Befunde der hier aufgezzeichneten Patientinnen sind in auswärtigen Laboratorien diagnostiziert worden. Lagen bei einem Teil der Histologien Unklarheiten vor, wurden die Präparate angefordert und in unserem hauseigenen histologischen Labor nachgemustert. Prozentual teilen sich die 70 Histologien folgendermaßen auf:

In 66 Fällen wurde ein Plattenepithelkarzinom diagnostiziert, das entspricht einem Prozentsatz von 94,4 %. (31,32,34)

In 3 Fällen lag ein Adenokarzinom vor, wie in Abbildung 2 ersichtlich, sind das prozentual 4,2 %.

In einem Fall lag ein Carcinosarkom der Cervix vor, das entspricht 1,4 %. (33,30)

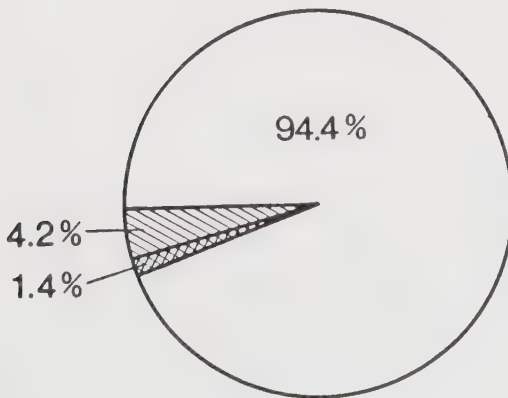


Abb. 2: Prozentuale histologische Aufteilung

Alle aufgetretenen Rezidive sind in unserem Haus verifiziert worden. Ist ein Rezidiv aufgetreten und histologisch gesichert worden, sind die früheren auswärtigen histologischen Präparate angefordert und nachgemustert worden. Auf das Tumorigradung wird nicht eingegangen. (25,27)

THERAPIE

Auf Grund der ungenügend durchgeführten operativen Behandlung, war es nötig bei allen Patientinnen eine Strahlentherapie vorzunehmen. Der Bestrahlungsmodus entsprach der einer postoperativen Perkutan- und Kontakttherapie.(36,38) Ist im späteren Krankheitsverlauf ein Rezidiv eingetreten, wurde eine zweite Bestrahlungsserie notwendig. Diese Rezidivbestrahlung erfolgte nochmals mit dem GAMMATRON bzw. BETATRON 42 MeV Röntgen. Es wurden, oft individuell unterschiedlich, bis ca. 16 Bestrahlungen mit einer Dosis von ca. 4000 rad Herddosis appliziert. Kam es zu einer Fernmetastasierung, wurde eine zytostatische Therapie eingeleitet. Appliziert wurde Vindesine und Cis-Platin. Die Cytostasecyclen wurden in 3 - 4 wöchentlichem Abstand gegeben, abhängig vom Allgemeinbefinden der Patientinnen und abhängig von einer aufgetretenen Leucopenie. Die Dosismenge betrug vom Cis-Platin 100 mg/m^2 /einmalig pro Cyclus und die Menge des Vindesine 2 mg/m^2 /die, über drei Tage. Auf Grund des schlechten Allgemeinzustandes, der starken Nebenwirkungen (Polyneuropathien) und der eintretenden Leukopenie konnten im Durchschnitt nicht mehr als 3 Cyclen der cytostatischen Therapie verabreicht werden.

ÜBERLEBENSZEIT

Von allen im "Weißbuch" erfaßten 70 Frauen wurde ein aktuelles follow up erhoben.

Zum Teil waren die Patientinnen in unserer Tumornachsorge geblieben, so daß bei diesen Frauen die konstantesten Befunde vorlagen.

Ist im Laufe der Zeit die Patientin nicht mehr in unserer Tumornachsorgeambulanz erschienen, wurde erst das für sie zuständige Einwohnermeldeamt über ihren Verbleib angeschrieben. Lebte die Patientin, wurde mit ihr direkt Kontakt aufgenommen und mit ihrem betreuenden Arzt der aktuelle Gesundheitszustand besprochen. Über diese Nachfragen kam teilweise ein guter Kontakt mit den niedergelassenen Kollegen zustande.

Einige Patientinnen kamen auch auf Grund der Kontaktaufnahme zu einer Kontrolluntersuchung in unsere Tumorsprechstunde.

War eine Patientin verstorben, wurde der Leichenschauschein angefordert und so versucht, die Todesursache zu ermitteln, falls keine Sektion vorgenommen worden war.

Von den 70 Frauen konnte eine Patientin, das entspricht 1,4 %, nicht in das aktuelle follow up gebracht werden. Diese jugoslawische Patientin ist ein Jahr nach Therapieabschluß in moribundem

Zustand in ihre Heimat verlegt worden. Trotz anschreibens an die jugoslawischen Behörden, ist es nicht gelungen, eine Rückantwort zu erhalten.

In der dargestellten Überlebenskurve zeigt sich, daß nach 5 Jahren 44,9 % der Frauen verstorben sind. 47 Patientinnen sind nach 153 Monaten verstorben, das entspricht einem Prozentsatz von 68,1 %.

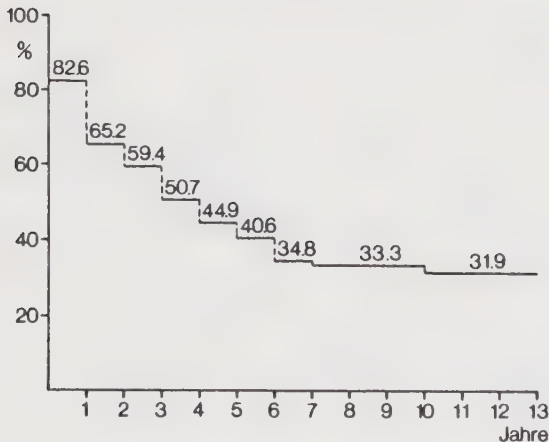


Abb. 3: Überlebenskurve

Als Vergleich dazu zeigen die Zahlen im Annual Report (Nr.18) folgende Ergebnisse:

Stadium Ia / Ib	=	80%
Stadium IIa/IIb	=	58,2%
Stadium IIIa/IIIb	=	31,4%
Stadium IV	=	8,4%

Gesamt= 56%

Vergleicht man also die Zahlen des Annual Reports Nr.18 der Stadien Ia und Ib mit 80% , bzw. der Stadien IIa und IIb mit 58,2% so wäre das eine Verbesserung um 35,1%,bzw um 13,3%. Auch bei allen Stadien zusammen von 56 % ergebe sich eine Verbesserung der 5-Jahresüberlebenszeit von 12%.

Auch eine Aufschlüsselung des Annual Reports 18 in Abhängigkeit von der Therapie zeigt wesentliche Heilungsverbesserungen in der 5-Jahres-Überlebenszeit:

Operation evtl. plus Radiatio

Stadium I	85,4%	Stadium II	69%	Stadium III	42,3%
-----------	-------	------------	-----	-------------	-------

ausschließlich Radiatio

Stadium I	74,9%	Stadium II	56,7%	Stadium III	28,3%
-----------	-------	------------	-------	-------------	-------

Es zeigt sich im Gegensatz zu den Weißbuchfällen in allen Stadien unabhängig von der Therapie eine deutliche Verbesserung der 5-Jahres-Überlebenszeit.

REZIDIVE

Bei 34 Patientinnen der aufgeführten Weißbuchfälle kam es zu einem histologisch gesicherten Rezidiv. Das entspricht einem Prozentsatz von 49,3 %.

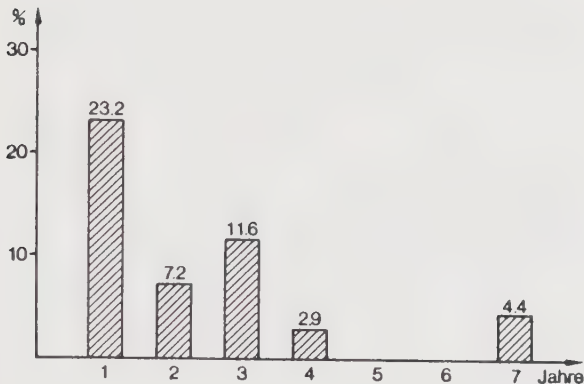


Abb.4: Rezidivhäufigkeit

Innerhalb der ersten 12 Monate erkrankten 16 Patientinnen an einem Rezidiv, prozentual wären das 23,2 %.

Die weiter Aufschlüsselung nach Jahren, zeigt im zweiten Jahr eine Rezidivierung von weiteren 7,2 %, das sind 5 Frauen die neu erkrankten, im dritten Jahr nochmals 8 Patientinnen, prozentual entspräche das 11,6 %.

Zwei Patientinnen erlitten ihr Rezidiv im vierten Beobachtungsjahr, das sind nochmals 2,9%.

Im 5. und 6. Jahr nach der Primärerkrankung wurde kein Rezidiv entdeckt.

3 Patientinnen erlitten ein Rezidiv zwischen dem 73. und 84. Monat, das entspricht 4,4 %.

Der Zeitpunkt der Rezidive errechnet sich vom Abschluß der 1. Bestrahlung an.

Von den 34 Patientinnen, die an einem Rezidiv erkrankten, haben 3 Frauen überlebt. 91,2 % verstarben am Rezidiv.

5 Patientinnen sind an einem 2. Rezidiv erkrankt, auch histologisch gesichert, und zwar innerhalb der ersten 2 Jahre nach der ersten Rezidivbestrahlung.

ZUSAMMENFASSUNG

Wird eine sachgerechte Therapie des Cervixkarzinoms vorausgesetzt, so ergeben sich international sehr einheitliche Ergebnisse in der 5-Jahres-Überlebenszeit (35,41,37,12).

Im Annual Report Nr.19 ergeben sich folgende Daten (14): bei den Stadien I - III liegt eine 5-Jahres-Überlebenszeit von 55,4% vor.

Geht man von einer nicht sachgerechten Behandlung des Cervixkarzinoms bei den Weißbuchfällen aus, so ergibt sich hier eine 5-Jahres-Überlebenszeit von 43,5%. Dieses ist eine Verschlechterung von 11,9%. Auch die differenzierte Aufteilung zeigt in allen Behandlungsmöglichkeiten bessere Ergebnisse:

STADIUM I-III

	nur Radiatio	Op+Rad	nur OP
Gesamt	55,4%	49,5%	63,5%
Weißbuch			
	43,5%		
Verbesserung			
in %	11,9	6,0%	20,0%
		46,0%	

Abb.5: 5-Jahres-Überlebenszeit

(Annual Report Nr.19 versus Weißbuchfälle)

Welches wären Möglichkeiten, Patientinnen, die an einem Cervixkarzinom erkranken, einer optimalsten Therapie zuzuführen.

Betrachtet man die Heimatorte, aus denen uns die Patientinnen der Weißbuchfälle zugewiesen wurden, so erkennt man, daß auch innerhalb städtische Bezirke teilweise eine insuffiziente Behandlung des Cervixkarzinom durch operativ tätige Kollegen erfolgt. Sicherlich liegt dieser Mangel in der praeoperativen Vorbereitung.

Falls die histologisch gesicherte Diagnose eines Cervixkarzinoms vorliegt, bedarf es einer ausführlichen Vorbereitung, um das Ausmaß des Cervixkarzinoms zu erfassen.

Falls diese Vorbereitung die präoperativen diagnostischen Einrichtungen eines Hauses übersteigen, sollte die Patientin an größere Zentren überwiesen werden, um die optimalsten Bedingungen für die Patientin herbeizuführen.

Dieser Zustand wäre vielleicht durch individuelle Briefe und Kontaktaufnahme, oder durch größere Fortbildung an gynäkologischen Zentren zu erreichen. Abgesehen von der gynäkologischen Vorbereitung bedarf es auch einer intensiven prä- und postoperativen Betreuung internistischer und anästhesiologischer Fachleute.

Vergleicht man den prozentualen Anteil der aufgetretenen Rezidive der Weißbuchfälle von 49,2 %, so liegt dieser Wert deutlich über den Werten der Literatur. Die Angaben schwanken zwischen 15% und 25%. (9,33,36). Auch wenn man den höchsten Wert von 24,9% vorgibt, lägen die Weißbuchfälle mit knapp 25% höher an Rezidiven. Auch dieses ist als Konsequenz der Primärbehandlung zu sehen. Vom zeitlichen Intervall ist die Rezidivhäufigkeit innerhalb der ersten drei Jahre mit der Literatur vergleichbar.

auffallend ist auch bei den Weißbuchfällen, daß 33 Patientinnen (47,1%) nach Abschluß der Behandlung in unserem Haus nicht mehr zur Tumornachsorge erschienen sind. Bei einigen Patientinnen kam es erst bei fortgeschrittenem Rezidiv zu einer erneuten stationären Einweisung. Hier war oft ein zu später Zeitpunkt eingeteten um z.B. eine 2.Bestrahlungsserie einzuleiten, es lagen schon Fernmetastasen vor.

Auch hier wäre sicherlich eine Verbesserung herbeizuführen, um gerade Rezidive früher zu erkennen und therapieren zu können. Wenigstens sollte in den ersten drei Jahren nach der Primärbehandlung eine engmaschige Kontrolle stattfinden, da in dieser Zeit die Rezidive prozentual am häufigsten auftreten.

In die Tumornachsorge könnten die niedergelassenen Kollegen enger mit integriert werden, so wären die Patientinnen noch engmaschiger zu beobachten. Der Wechsel zwischen Klinik und Praxis innerhalb der Tumornachsorge würde wiederum zu einem engeren Kontakt führen.

Auch wären so Doppeluntersuchungen vermeidbar und den Patientinnen würden einige Male weite Wege erspart bleiben.

EINZELFALLDARSTELLUNG

E.W. geb.: 2.11.22

alpha-Ordner

- 6/80 Abrasio u. Portio-PE. Eintrag des behandelnden Arztes: Der Tumor war so groß, daß er die gesamte Scheide ausfüllte.
- 6/80 Exstirpation des Uterus und der Adnexe nach Mc Lee. Anschließend, da die Operation nicht im Gesunden durchgeführt werden konnte, auswärts Telekobalt-nachbestrahlung. (laut behandelnder Arzt: T4/N3/M3) Bestrahlung auf das Becken und den Mittelbauch vorn und hinten je 4500 rad.
Anschließend Einweisung Bad Trissl, dort v.a. Knochenmetastasierung (Os sacrum, Os pubis, LWS)
Überweisung I.UFK:
- 9/81 Knochenmarkspunktion: kein Material
Röntgenologisch und CT: kein Anhalt für Metastasierung
Kontrolluntersuchungen:
1/82 - 3/82 - 5/82 - 8/82 - 12/82
4/83 - 9/83 - 3/84 - 8/84 - 2/85
Bei allen Nachkontrollen kein Anhalt für ein Rezidiv oder eine Fernmetastasierung.

R.T. geb.: 31.3.19

J.Nr.: 43 100

- 5/59 supravaginale Uterusamputation wegen eines Uterus Myomat.
- 11/82 vaginale Cervixstumpfentfernung, wegen eines umschriebenen Carcinoma in situ und gering verhornendes Plattenepithenca. des Portiostumpfes, bereits infiltrierend vom äußeren Muttermund ausgehend. (histologischer Befund)
Überweisung I.UFK:
- 12/82 Gammatron Großfelder AD bis 4000 rad in der 2. Bestrahlungshälfte 2 Radiumeinlagen (Rohr und Platte) jeweils 1000 mgeh.
Kontrolluntersuchungen:
3/82 - 6/83 - 10/83 - 1/84 - 5/84
9/84 - 1/85 - 5/85
Bei allen Nachkontrollen kein Anhalt für ein Rezidiv oder eine Fernmetastasierung

B.V. geb 21.8.48

J.Nr.: 42828

3/82 Bei Kontrolluntersuchung exophytär wachsender
Tu an der vorderen Muttermundslippe diagnostiziert
worden.

Anschließend in Narkose Versuch der Abtragung
des Exophyten mit dem elektrischen Messer.

Dabei kam es zu einer lebensbedrohenden Blutung.

Dann aus vitaler Indikation abdominale Uterus-
exstirpation unter Belassung der Adnexe.

Histologie: polypös wachsendes, invasives,
hochdifferenziertes, verhornendes Plattenepithel-
carcinom der Portio.

4/82 Überweisung zur weiteren Therapie I.UFK:

Gammatronbestrahlung bis 4000 rad, 2 Radium-
einlagen (Rohr und Platte) mit jeweils 1000 mgeh.
Kontrolluntersuchungen:

6/82 - 8/82

insgesamt bei der kachektischen Patientin kein

Anhalt für ein Lokalrezidiv oder Fernmetastasierung.

9/82 Verlegung auf Wunsch nach Jugoslawien.

R.H. geb.: 17.8.35

J.Nr.: 42 806

7/81 Konisation. Histologie: infiltrierendes,
mäßig differenziertes Plattenepithelcarcinom.

8/81 Hysterektomie ohne Adnexe unter Mitnahme einer
breiten Scheidenmanschette.

Anschließend alle 2 Wochen Kontrolle

4/82 Arztwechsel ,gleich Überweisung I.UFK:

Befund: Scheidenabschluß daumenendgliedgroßer
TU, mehrere kleine Auflagen im Scheidenabschluß.
Rechts im Bereich des Sakrouterinums sehr
straffe Infiltration.

PE Histologie: Mittelreifes Plattenepithel-
carcinom.

Therapie: 3 Radiumeinlagen (Schale, Hartgummi-
rohr, mittlere Schale) mit insgesamt 2800 mgeh.
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.

Kontrollen: 5/82 - 7/82 - 12/82 - 4/83

7/83 - 10/82 - 2/84 - 5/84 - 10/84 - 2/85

Kein Anhalt für ein Rezidiv oder Fernmetas.

M.S. geb.: 7.5.23

J.Nr.: 42801

- 1/81 Abrasio mit Konisation und Polypabtragung
Histologie: Carcinosarkom der Cervix
- 12/81 Abdominale Hystektomie mit Adnexen
Histologie: Carcinosarkom im Cervixbereich,
der Tumor ist auf die inneren Wandschichten
beschränkt. Die Abtragungsebenen überall frei
von Tumorgewebe.
Überweisung I.UFK:
- 2/82 rectovaginal kein Anhalt für Neoplastische
Veränderung.
Therapie: Gammatronbestrahlung bis 4000 rad,
2 Radiumeinlagen (Hartgummirohr, Neefrohr)
jeweils mit 1000 mgeh.
Kontrolluntersuchungen:
11/82 dann erschien die Patientinn nicht mehr
in unserer Tumornachsorge
8/84 Operation außerhalb an einem lokalen
Rezidiv verstorben 5.10.84

J.K. geb.: 29.11.24

J.Nr.: 42797

- 2/82 Abrasio wegen Postmenopausenblutung.
Histologie: mäßig differenziertes, gering
verhornendes Plattenepithelcarcinom der Cervix.
Abdominale Hysterektomie mit beiden Adnexen.
Histologie: wie oben.
Überweisung I.UFK
Gammatronbestrahlung bis 4000 rad. 2 Radium-
einlagen (Hartgummirohr, Neefrohr) mit jeweils
1000 mgeh
Kontrolluntersuchungen:
9/82 - 12/83 - 3/83 nach anschreiben 12/84
3/85
insgesamt kein Anhalt für Rezidiv oder Fernmetas.

H.M. geb.:13.11.39

J.Nr.:42783

1/82 bei Krebsvorsorge: Pap IVa

2/82 Abdominale Hysterektomie ohne Adnexe

Histologie: Plattenepithelcarcinom tief in die Wandung vorgewachsen. Parametrien infiltriert, Einbruch in die Lymphgefäße.

3/82 Überweisung I.UFK

Perkutanbestrahlung mit dem Gammatron bis 4000 rad
2 Radiumeinlagen (Rohr,mittlere Schale) jeweils 1000 mgeh.

Kontrolluntersuchungen:

6/82 - 1/83 nicht mehr erschienen, anschreiben:
außerhalb 4/84 Rezidiv anschließende Bestrahlung

7/84 Kontrolle I.UFK Moribund, roborierende
Maßnahmen verstorben 8.10.84.

E.B. geb.:20.5.20

J.Nr.: 42471

6/81 Vaginale Hysterektomie mit beiden Adnexen,
bei bekannten Plattenepithelcarcinom der Cervix.
(Z.n. Abrasio u.Konisation)

Histologie Op-Präparat:mäßiggrades differenziertes
gering verhorntes Plattenepithelcarcinom bis auf
1 cm Tiefe in die Portio eingewachsen.

Überweisung I.UFK

Perkutanbestrahlung mit dem Betatron bis 4000 rad.
2 Radiumeinlagen (Hartgummirohr,mittlere Schale)
jeweils 1000 mgeh.

Kontrolluntersuchung 9/81 dann nicht mehr
bis 7/82 erschienen.

Anschreiben Einwohnermeldeamt 11/84 und 6/85
Patientin lebt.

L.J. geb.: 1.7.24

J.Nr.: 42665

7/80 Diagnostische Abrasio

Histologie: Plattenepithelcarcinom der Cervix
2 Radiumeinlagen (Stift, Platte) von insgesamt
2000 mgeh.

Anschließend Abdominale Hysterektomie unter
Mitnahme beider Adnexe.

10/80 Postoperative Telekobalt Strahlentherapie
(axiale und dissegmentale Pendelung 4600 rad)

4/81 Nephrektomie rechts

11/81 Überweisung I.UFK

Befund: stark reduzierter AZ, Ausgedehnte
Narbenzüge im kleinen Becken Verdacht auf
Metastasierung. Völlig unklarer Mittel-
und Oberbauchbefund. Hier finden sich konfluierende
parallel-elastische Resistenzen.

12/81 Verlegung chirurgische Klinik Innenstadt,
wegen diffuser Peritonitis, paralytischem Ileus,
Schockzustand mit akutem Nierenversagen.

3.12.81. Exitus (Septisches-toxisches Kreislaufversagen.)

Pathologisch-anatomische Diagnose:

Diffuse Peritonitis mit massiven Fibrinbelägen
an allen Abdominalorganen. Entzündlicher Konglo-
merattumor in dem Dünn- und Dickdarm verbacken
sind. Hartmannstumpf suffizient, keine
peritoneale Aussaat, keine Tumordinfiltration.

C.B. geb.:19.8.42

-31-

J.Nr.:42600

- 5/79 Einfache abdominale Hysterektomie wegen eines Plattenepithelcarcinom der Cervix. (angeblich seinerzeit Stadium II) Anschließend Pendelbestrahlung (wobei 4500 r wohl in den Adnexen erreicht wurden.)
- 10/81 Überweisung I.UFK
Jetzt Vesikovaginalfistel, Anlegen einer Nierenfistel li., Beckenvenenthrombose.
Befund: Eine Ummauerung des Vaginalrohres mit derben, grobhöckrigen, z.T. subepithelial gelegenen Infiltraten. Deutlich tastbare breite Verbindung zur Blase. Großer mobiler Konglomerattumor bis 2-3 QF oberhalb der Symphyse. PE Scheidenabschluß: Ausreifendes Plattenepithelcarcinom mit ausgedehntem Tumorzerfall.
- 10/81 Chirurgie: Anlegen eines Anus praeter. Patient befand sich in einem massiven septischen Schock. Exitus
Sektion:
Massentumor in das Rectum, Blase und Vagina infiltrierender Rezidivtumor. Leber völlig mit Metastasen durchsetzt. Lungenmetastasen.

E.H. geb.:29.11.12

J.Nr.:42428

- 4/81 Abdominale Hysterektomie mit beiden Adnexen. Histologie: Plattenepithelcarcinom mit Einbruch ins uterusnahe Parametrium und Vaginaoberrand.
- 5/81 Überweisung I.UFK
Perkutanbestrahlung mit dem Gammatron bis 4000 r. 3 Radiumeinlagen (Vaginalrohr, Neefrohr, Vag.-rohr) insgesamt 2400 mgh.
- Kontrolluntersuchungen:
10/81 - nicht mehr erschienen - 7/82 -
angeschrieben: 6/83 - 8/84 - 5/85 geht gut.

E.K. geb.: 21.11.36

J.Nr.: 42519

- 8/81 Nach Angaben des einweisenden Kollegen: seit 2 Jahren bekannter von der Cervix ausgehender Tumor. Pat. hat bisher jede Therapie abgelehnt. Jetzt starke vaginale Blutung.
Überweisung I.UFK:
Nach Ziehen der Tamponade: Im unteren Vaginaldrittel ein, die gesamte Vagina ausfüllender exophytär wachsender Tu.(Pampelmusengroß) Parametrien und paravaginales Gewebe beidseits völlig aufgebraucht.
Infiltration des Spacium vesico-vaginale.
Sacrouterinum bds. mit infiltriert.
Beginn der Perkutanbestrahlung mit tiefgezogenen Feldern mit dem Gammatron bis 5500 rad.
- 10/81 Langsame Tumorremission
- 12/81 Freie Parametrien, Beckenwände frei. An der vorderen Muttermundslippe kleine Gewebsirregularität. PE: nekrotisch zerfallenes, teilweise vitales polymorphzelliges Plattenepithelcarcinom.
- 3/82 Pat. erscheint erst jetzt in der Klinik.
Bei Kontrolluntersuchung: multiple Lungenmetas.
Pat. lehnt Chemotherapie ab. Kommt nicht mehr zur Tumornachsorge.
Anschieben: verstorben am 4.5.82.

B.S. geb.: 23.11.19

J.Nr.: 4222

- 8/57 vaginale Hysterektomie mit beiden Adnexen, Wegen eines Plattenepithelcarcinom Stadium Ib.
Histologie: Infiltrationstiefe bis an das parametranes Gewebe.
Anschließend Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad, 1 Radiumeinlage mit 880 mgeh.
Bis 1/81 unauffälliger Befund
Überweisung I.UFK: Im rechten Scheidenwinkel feldförmige derbe Infiltration bis zur Beckenwand.
FNP: Pap V Anschließend II.Serie Gammatron 4000 rad. 3 Radiumeinlagen 2850 mgeh.
- 7/81 Ansteigen harnpflichtiger Substanzen.
- 8/81 Exitus(19.8.81) Sektion: Ausgedehnte Metastasen im Skelett, Nieren und Leber.

A.H. geb.: 30.4.30

J.Nr.: 42117

- 11/80 Abdominale Hysterektomie mit beiden Adnexen
und unter Mitnahme einer breiten Scheiden-
manschette, wegen rezidivierender Menometrorrhagien
bei Uterus myomatosus. Z.n.Pap III.
Intraoperative PE der Leber und des Netzes.
Histologie: Plattenepithelcarcinom der Endocervix.
Fettleber, Netz unauffällig.
- 12/80 Überweisung I.UFK:
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.
2 Radiumeinlagen (Hartgummirohr, Neefrohr) je 1000 mgeh.
- 4/81 1. Nachkontrolle: unauffälliger Befund
Dann nicht mehr zur Tumornachsorge erschienen.
Anschieben: Pat ist 18.4.82 verstorben.

W.W. geb.: 3.7.44

J.Nr.: 42089

- 7/77 Abrasio wegen dysfunktioneller Blutung.
Histologie: Plattenepithelcarcinom der Cervix
Anschließend: Abdominale Hysterektomie mit
linker Adnexe. Keine Nachbehandlung
- 10/80 Genitale Blutung. Überweisung I.UFK:
Oberes Vaginaldrittel derb infiltriert, desgleichen
beide Parametrien fast bis zur Beckenwand.
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
4 kleinfraktionierte Radiumeinlagen bis 2650 mgeh.
- 1/81 guter Tastbefund
dann ist die Patientin nicht mehr in der
Tumornachsorge erschienen.
Anschieben: Pat. ist am 2.12.83 verstorben.

R.D. geb.: 3.5.22

J.Nr.: 42004

- 8/80 klimakterische Blutung: Abrasio. Histologie:
invasives Plattenepithelcarcinom der Cervix.
Abdominale Hysterektomie mit beiden Adnexen.
- 9/80 Überweisung I.UFK: Perkutanbestrahlung Gammatron
bis 4000 rad. 2 Radiumeinlagen, je 1000 mgeh
Kontrolluntersuchungen: 12/80 - 2/81 - 3/81
- 7/81 - 12/81 - 6/82. nicht mehr erschienen.
Angeschrieben 4/85: geht gut.

E.F. geb.: 19.8.14

J.Nr.: 41923

- 6/80 supracervicale Uterusamputation mit beiden Adnexen wegen Pyometra. Intraoperativ wird eine sehr morsche Cervix festgestellt. Histologie: entdifferenziertes, nicht verhorntes Plattenepithelcarcinom. Überweisung I.UFK:
- 7/80 irregulär gestalteter Tu am Scheidenabschluß. Deutliche Infiltration beider Parametrien bis zur Beckenwand. Perkutanbestrahlung Betatron bis 4000 rda 3 Radiumeinlagen mit insgesamt 4800 mgeh Kontrolluntersuchungen: 10/80-12/80-3/81-8/81-3/82-7/82 dann nicht mehr erschienen. Angeschrieben:
- 1/84 außerhalb Lokalrezidiv mit anschließender Bestrahlung in II.Serie.
- 8/84 Tumornachsorge I.UFK : unauffälliger Befund. Letzte Untersuchungen: 12/84 - 3/85: o.B.

I.G. geb.: 4.9.38

J.Nr.: 41882

- 11/79 Vaginale Hysterektomie mit beiden Adnexen wegen eines Cervixcarcinom. Histologie: ausgedehntes, nicht verhorntes stark entdifferenziertes Plattenepithelcarcinom mit Tumoreinbruch in die Parametrien und Lymphangiosis carcinomatosa. CT: iliaceale Lymphknotenmetastasen. Therapie: 4 Felder Kreuzfeuerbestrahlung 38 Gy.
- 6/80 Überweisung I.UFK.: Massive Perinealinfiltration (linke Vaginalhälfte und Sphinkter an Bereich. Positive inguinale Lymphknoten links.
- 6/80 Anus praeter transversalis
- 8/80 Perkutanbestrahlung Gammatron 3500rad. 2 Radiumeinlagen mit insgesamt 2000 mgeh. Dann nicht mehr erschien. Angeschrieben: verstorben am 8.1.81.

J.F. geb 2.1.14

J.Nr.: 41851

10/79 PE Portio: undifferenziertes Plattenepithelcarcinom.

Pat lehnt Radiumeinlagen ab.

Perkutanbestrahlung bis 6000 rad.

3/80 klinisch Progressio, aber ohne Konsequenz

6/80 Überweisung I.UFK: großer Zerfallskrater parametranne Infiltration bis zur Beckenwand.
2 Radiumeinlagen (Rohr, Kegel) 2500 mgeh.

7/80 nach wie vor massive parametranne Infiltration bis zur Beckenwand.

Als casus atherapeuticus entlassen.

Pat. ist am 10.10.80 verstorben.

W.F. geb.: 26.1.23

J.Nr.: 41741

3/80 Cercixamputation (Befund: Im Introitus vaginale tennisballgroßer, bröcklicher TU, offensichtlich aus dem CK hervorgehend. Die Cervikalwandung ist rundum glatt. Parametrien bds. frei. Uterus enteneigroß.
Histologie: ausgedehntes, drüsigpapillär gestaltetes entdifferenziertes Plattenepithelcarcinom mit ausgeprägter Lymphangiosis carcinomatosa.

3/80 Überweisung I.UFK:

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.

3 Radiumeinlagen insgesamt 5560 mgeh.

Kontrolluntersuchungen: 7/80-10/80-2/81-7/81-2/82

dann außerhalb 7/82 verdacht auf Rezidiv bei uns nicht mehr erschienen.

Angeschrieben: Pat. ist am 5.12.83 verstorben.

F.N. geb.: 2.6.41

J.Nr.:41408

- 9/79 Abrasio und Konisation wegen Pap IV
(Es liegt keine Histologie vor)
Anschließend Abdominale Hysterektomie mit
beiden Adnexen und einer kleinfingerbreiten
Scheidenmanschette.
Histologie:fortgeschrittenes Plattenepithel-
carcinom der Cervix.Tumor bis auf 2mm dickes
Restmyometrium eingedrungen.
- 10/79 Überweisung I.UFK
Perkutanbestrahlung Gammatron 4000 rad.
2 Radiumeinlagen (Rohr,Platte) jeweils 1000 mgeh.
Im Bestrahlungsverlauf tiefe Beinvenenthrombose
(Liquemintherapie)
Kontrolluntersuchungen: 6/80
Nicht mehr erschienen. Angeschrieben
10/84 - 3/85 beides unauffällige Befunde
kein Anhalt für Lokalrezidiv oder Fernmetas.

H.F. geb.: 25.1.17

J.Nr.:41373

- 6/79 fraktionierte Abrasio. Histologie: in der
Cervixfraktion Anteile eines unreifen,
malignen Tumors.(nicht endgültig zu differenzieren)
- 7/79 Abdominale Hysterektomie mit linkem Restovar.
Histologie: schlecht differenziertes Adeno-
carcinom der Cervix. Einbruch in die Lymph-
spalten. Vaginalmanschette nicht sicher im
Gesunden entfernt.
- 10/79 Überweisung I.UFK:
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
2 Radiumeinlagen (Rohr,Platte) jeweils 1000 mgeh.
Dann nicht mehr zur Nachkontrolle erschienen.
- 1/83 Erneute Einweisung I.UFK: multiple Lungenmetas.
2 Cyclen Vindesine/Cis-Platin - Progressio
Pat. ist am 21.6.83 verstorben.

A.S. geb.:10.11.35

-37-
J.Nr.:41033

2/78 Abrasio und Konisation

Histologie:gering differenziertes,infiltrierend
wachsendes Cervixcarcinom.

Anschließend:Abdominale Hyterektomie mit Adnexen
Keine Nachbestrahlung

11/78 Harnstauungsniere links durch Tumormassen.

12/78 gedeckte Sigmaperforation

Nephrektomie wegen chron.Pyelonephritis

2/79 Überweisung durch den Urologen zur I.UFK:

Befund:massive Tumordinfiltrationen am und
oberhalb der Scheidenabschluß.

Beginn der Perkutanbestrahlung.

Nach 2250 rad von der Pat. Verweigerung.

Exitus am 13.3.79

E.R. geb.:2.2.38

J.Nr.:40902

10/77 Abdominale Hysterektomie wegen blumenkohl-
artiger Veränderung im Portiobereich.

Histologie:ein bereits an die angrenzenden
Bindegewebsschichten vorgewachsenes,wennig
differenziertes,nicht verhorntes Platten-
epithelcarcinom der Cervix.

11/77-1/78 keine weitere Therapie

1/78 Perkutane Röntgentiefenbestrahlung
(Unterdosiert)

10/78 Arztwechsel.Überweisung I.UFK:

Befund:über mannsfaustgroßer TU vom Scheiden-
abschluß bis zur linken Beckenwand. FNP=Pap V
Röntgen:stumme Niere links

Beginn der Perkutanbestrahlung bis 6000 rad.
Nach 6000 rad insgesamt keine Tu-änderung.

3/79 Tumorprogression mit Einbruch in die Vagina
PE= Plattenepithelcarcinom

Keine Therapie mehr möglich.

4/79 Vesico-vaginalfistel. Tu-Progression

Pat. ist am 23.7.79 verstorben.

M.S. geb.:17.9.37

J.Nr.:41324

- 2/79 Abrasio und Konisation (PapIII)
Histologie:nicht verhorntes Platten-
epithelcarcinom der Portio.
- 3/79 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Histologie:Plattenepithelcarcinom, nicht
sicher im Gesunden entfernt.
Telekobalt 4-Felder Kreuzfeuerbestrahlung
bis 6000 rad.
- 8/79 Bad Trissl. I.UFK Konsil:
2 Radiumeinlagen (Rohr,Platte) jeweils
1000 mgeh.
Kontrolluntersuchungen o.B. bis
- 9/81 Scheidenabschlußrezidiv
2 Radiumeinlagen insgesamt 1050 mgeh.
- 11/81 Leistenlymphknoten (Plattenepithelca.)
5 Cyclen Vindesine/Cis-Platin
Dann Progressio,Niereninsuffizienz
Weitere Therapie:Medroxyprogesteronacetat.
Patientin verstarb am 10.7.83

I.Z. geb.:24.2.40

J.Nr.: 40858

- 6/77 Vaginale Hysterektomie, wegen V.a.
Plattenepithelcarcinom der Cervix.
Histologie: invasiv,gering verhorntes
Plattenepithelcarcinom der Portio.
Keine Nachbehandlung.
- 3/78 Scheidenabschlußrezidiv,histologisch gesicher
Telecobalt Pendelbestrahlung 4400 rad
- 10/78 V.a.Bartholinischer Abszeß.Histologie:
Metastase eines Plattenepithelcarcinom.
- 12/78 Überweisung I.UFK:
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 5000 rad
2 Radiumeinlagen insgesamt 1100 mgeh
- 1/79 Supraclaviculäre Lymphknotenmetastase.
Gammatronbestrahlung 3000 rad in 3 cm
- 2/79 kleiner Unterbauchtumor cyt.: Metastase
Pat. verstarb am 5.3.79

E.F. geb.:30.11.26

J.Nr.:40790

8/76 Vaginale Hysterektomie wegen eine Platten-
epithelcarcinom der Cervix Stad.I

Anschließend keine Nachbestrahlung.

8/78 Überweisung I.UFK: ein in die Vagina durch-
gebrochenes, knotiges Rezidiv, das links
die Beckenwand erreicht und das Parametrium
knotig durchsetzt.(Histologie:Plattenepithelca.)
Therapie: Perkutanbestrahlung Gammatron 4000 rad
3 Radiumeinlagen mit insgesamt 2700 mgeh

11/78 sehr gute Rückbildungstendenz der Infiltrate

4/79 Scheidenabschlußrezidiv (Histologisch gesichert)

2.Bestrahlungsserie Gammatron 4000 rad

8/79 V.a. 2.Rezidiv Die geplante FNP wird auf
Wunsch der Patientin außerhalb durchgeführt.

Nach Anfordern der Befunde:

2.Rezidiv gesichert,keine weitere Therapie

Die Pat. ist am 28.8.1980 verstorben.

E.S. geb.:11.2.22

J.Nr.: 40762

3/77 Pat. lehnte geplante Operation (Pap IV) ab.

6/78 Frakt.Abrasio (Histologie: mindestens Ca. in
situ, wenn nicht schon infiltrierend)

Abdominale Hysterektomie mit Adnexen

Histologie: infiltrierend wachsendes Platten-
epithelcarcinom der Cervix und des Corpus uteri.

7/78 Überweisung I.UFK

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad

2 Radiumeinlagen mit insgesamt 2000 mgeh

11/78 guter Tastbefund

Pat. hat die weiteren Kontrolluntersuchungen
nicht mehr wahrgenommen.

Angeschrieben: Patientin ist am 5.7.82 verstorben

E.S. geb.:30.1.11

J.Nr.: 40756

6/76 Konisation, Histologie:mindestens C.i.s.

9/79 Wertheim-Meigs mit beiden Adnexen

Histologie: ausgedehntes Plattenepithelcarcinom

Lymphangiosis carcinomatosa. Durchbruch an

der Corpusvorderwand in die Bauchhöhle. In

sämtlichen 4 LK-gruppen ausgedehnter

metastatischer Befall

Keine Nachbehandlung.

5/78 massiv grobknotiges Scheidenrezidiv

8/78 Überweisung I.UFK

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 5000 rad

11/78 Tumor deutlich kleiner, noch Infiltrationen
zum Blasenboden

Pat wird weiterhin auswärts betreut

Anschreiben: Die Patientin ist am 14.11.79
verstorben.

R.S. geb.:30.4.20

J.Nr.:40543

10/77 Bei der Suche nach einer Ureterstriktur
wird als Ursache ein Genitalcarcinom fest-
gestellt.

Abdominale Hysterektomie mit Adnexen

Histologie: Plattenepithelcarcinom der Cervix.

Therapie: 3 Radiumeinlagen mit insgesamt 3000mgeh

Telecobaltbestrahlung bis 2400 mgeh

3/78 Bad Trissl: V.a. Scheidenabschlußrezidiv

Überweisung I.UFK:

Gesichertes Rezidiv (Plattenepithelcarcinom)

II.Serie Perkutanbestrahlung Betatron 4000 rad

4/78 nur geringfügige Befundbesserung

6/78 Tumoreinbruch in die Blase. Keine Therapie
mehr möglich

Die Patientin ist am 4.10.78 verstorben

M.S. geb.: 27.5.24

J.Nr.: 40506

2/74 Abrasio und Konisation

Histologie: infiltrieren wachsendes
Plattenepithelcarcinom der Cervix.

Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie: entdifferenziertes Platten-
epithelcarcinom der Portio mit Infiltration
in den endocervikalen Collumabschnitt.

Durchbruch in die Parametrien.

keine Nachbehandlung

1/78 V.a.Rezidiv. Überweisung I.UFK:

Histologisch gesichertes Rezidiv.

4 Radiumeinlagen mit insgesamt 2700 mgeh

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad

5/78 deutliche Befund verbesserung

9/78 Zunahme des Infiltrates

II: Serie Perkutanbestrahlung Gammatron
bis 3000 rad

Die Patientin ist am 12.4.79 verstorben.

J.G. geb.: 27.10.08

J.Nr.: 40197

5/77 Vaginale Hysterektomie mit vorderer und
hinterer Plastik wegen Totalprolapses.

Histologie: fortgeschrittenes, überwiegend
endocervikal wachsendes Plattenepithel-
carcinom der Portio.

6/77 Überweisung I.UFK

Perkutanbestrahlung Betatron 4000 rad

2 Radiumeinlagen mit insgesamt 2000 mgeh

Kontrolluntersuchungen: jährlich bis 6/85

Kein Anhalt für Rezidiv

H.O. geb.:11.1.26

J.Nr.:40458

2/76 Portio-Pe.Histologie:Plattenepithelca.

Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Intraoperativ gut gänseeigroßer Adnextumor,
mit Kapseldurchbruch und 2l Ascites ,entfernt.

Histologie:endocervikal gewachsenes Platten-
epithelcarcinom der Cervix mit großer cystischer
Ovarialmetastase.

Keine Nachbehandlung

10/78 histologisch gesichertes Rezidiv.

Überweisung I.UFK

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad

4Radiumeinlagen mit insgesamt 3280 mgeh.

8/80 Tennisballgroßer Bauchdeckentumor.

Exzision.Histologie: Metastase.

6/81 Lokalrezidiv. Perkutanbestrahlung II.Serie,

Betatron bis 4000 rad

9/81 Großes Beckenwandrezidiv,paraaortale Lymph-

knoten,Lungenmetastasen.

Die Patientin ist am 6.12.81 verstorben.

J.E. geb.:15.9.20

J.Nr.:40178

5/77 Abrasio und Konisation

Histologie: Plattenepithelcarcinom.

Abdominale Hysterektomie mit Adnexen

OP-Bericht: Links kann der Tumor nur

schrittweise von der Beckenwand gelöst
werden.

Überweisung I.UFK:

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad

2 Radiumeinlagen insgesamt 2000 mgeh.

12/77 Linksseitiges Beckenwandinfiltrat völlig
verschwunden. Kontrolluntersuchungen:

6/79-1/82 11/83-6/84- 3/85

Kein Anhalt für Rezidiv

E.F. geb.: 27.3.41

J.Nr.:40173

- 7/71 Abrasio und Konisation.Histologie:
Plattenepithelcarcinom
Abdominale Hysterektomie mit beiden
Adnexen. Histologie: keine Karzinom-
wucherungen mehr nachweisbar.
Auf Wunsch der Pat. keine Nachbehandlung
- 4/74 Scheidenabschlußrezidiv,histologisch
gesichert.
2 Radiumeinlagen mit insgesamt 2000 mgeh.
Perkutanbestrahlung Gammatron 2400 rad
- 2/76 Histologisch gesichertes parametranes
Rezidiv rechts
2 Radiumeinlagen mit unbekannter Dosis
II.Serie Perkutanbestrahlung von 2400 rad
- 6/77 Scheidenabschlußrezidiv
Überweisung I.UFK: 3.Rezidiv
Perkutanbestrahlung Gammatron 3500 rad
- 9/77 "frozen pelvis",aber glatte Konturen.
Pat. ist nicht mehr erschienen.
Angeschrieben: Pat.am 15.8.78 verstorben.

E.D. geb.:18.4.21

J.Nr.:39990

- 2/77 Abrasio. Histologie: unreifes Platten-
epithelcarcinom.
Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Tumoreinbruch im linken Parametrium.
Überweisung I.UFK:
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.
Kontrolluntersuchungen: 1/78-10/79-
Dann ist die Pat nicht mehr zur Tumor-
nachsorge erschienen.
Angeschrieben: Die Patientin ist
am 14.3.81 verstorben.

T.D. geb.:26.4.31

J.Nr.:39952

- 7/75 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Histologie:verhornendes Plattenepithel-
epithelcarcinom mit einer Lymphknoten-
metastase(nur 1 LK dabei)
Nachgestrahlung Gammatron bis 1200 rad.
- 2/77 Überweisung I.UFK wegen Rezidivverdacht.
ScheidenabschlußRezidiv mit parametraner
Infiltration.
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
- 3/77 deutliche Parametrane Rückbildung.
Äußerst schlechter AZ der Patientin
Pat ist am 20.5.77 verstorben.

M.P. geb.:11.1.02

J.Nr.:39910

- 12/76 Portio-PE.Histologie:Adeno-Carcinom
Supravaginale Uterusexstirpation mit
beiden Adnexen.
- 2/77 Überweisung I.UFK:
2 Radiumeinlagen mit 2700 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
- 8/77 Leberszintigramm:V.a. Lebermetastasen
Pat.ist nicht mehr erschienen.
Anschreiben: Patientin ist am
17.12.79 verstorben.

Z.J. geb.:1934

J.Nr.:38418

- 5/74 Abdominale Hysterektomie mit Adnektomie
rechts (Pap V).
Histologie:Plattenepithelcarcinom
Überweisung I.UFK:
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
Kontrolluntersuchungen: 9/74- 10/75-8/76-
6/77-8/78-6/79-11/80-6/81-10/82-9/83-
6/84 8/85.
Kein Anhalt für Rezidiv.

E.M. geb.:22.11.30

J.Nr.:39695

- 8/76 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Histologie: fortgeschrittenes, hochdiff.-
Plattenepithelcarcinom.
Überweisung I.UFK:
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.
- 7/77 Scheidenabschlußrezidiv.
II.Serie Perkutanbestrahlung Gammatron
bis 2500 rad. Vorzeitig abgebrochen
wegen Blasen-Scheiden-Fistel.
Keine Therapie mehr möglich.
Die Patientin verstarb am 9.12.77

R.W. geb.:17.11.21

J.Nr.: 39574

- 7/69 Portio-PE. Histologie: Plattenepithel-
carcinom.
Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Histologie: Wechselnd differenziertes
Plattenepithelcarcinom auf die Scheiden-
manschette übergreifend.
Anschließende Perkutanbestrahlung Gammatron
bis 2200 rad. Keine Radiumeinlagen.
- 5/76 Überweisung I.UFK: Großes Beckenwandrezidiv
mit Einflußstauung rechts.
Röntgen: Metastasen rechte Darmbeinschaukel.
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.
- 3/78 Kein Anhalt für Rezidiv oder Metastasierung.
Nicht mehr erschienen. Kontrolluntersuchung
- 10/81 Guter Befund.
Die Pat. lehnte weitere Nachkontrollen
ab. Angeschrieben: Die Patientin ist
am 27.4.1982 verstorben.

R.D. geb.:13.12.52

J.Nr.: 39808

11/76 Abrasio und Konisation.

Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie:Fortgeschrittenes Plattenepithelcarcinom mit massiver Lymphangiosis carcinomatosa.

Überweisung I.UFK:

2 Radiumeinlagen mit insgesamt 2000 mgeh.

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.

6/77 Tischtennisballgroßes Beckenwandrezidiv.

II.Serie Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.

10/77 keine Progressio, starke Schmerzen.

Chordotomie beidseits.

12/77 Nephrektomie rechts(septische Niere)

Langsam progredienter Tumor weit über Linea terminalis.

12/77 Verlegung auf Wunsch der Pat. nach

Jugoslawien mit infauster Prognose.

M.S. geb.:21.12.24

J.Nr.:39761

12/75 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie:Plattenepithelcarcinom.

Keine Nachbehandlung.

10/76 Histologisch gesichertes Scheidenabschlußrez

Überweisung I.UFK.:

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 5000 rad.

4/77 Massive Infiltration am Scheidenabschluß.

Histologie: Plattenepithelcarcinom.

II.Serie Perkutanbestrahlung Gammatron bis 3500 rad.

5/77 starke Progressio unter der Bestrahlung.

Casus atherapeuticus

Die Patientin ist am 10.9.77 verstorben,

T.K. geb.:6.10.26

J.Nr.:38364

5/74 PMB. PE-Portio.

Histologie: Adenocarcinom des Collumuteri.
Abdominal Hysterektomie mit Adnexen.

5/74 Überweisung I.UFK: Infiltration bis zur
Beckenwand.

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 5000 rad

8/74 weitgehend zurückgebildete Infiltrate.
Nicht mehr erschienen in der Tumornachsorge.
Angeschrieben.Die Patientin ist am
22.5.75 verstorben.

G.H. geb.:15.3.27

J.Nr.:38290

2/74 Portio-PE,wegen suspekter Erosion.

Histologie: infiltrierend wachsendes
Plattenepithelcarcinom.

Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie: Plattenepithelcarcinom nicht
im Gesunden entfernt.Eitrige Salpingitis.
Überweisung I.UFK:

mehrere Lymphknotenpakete über der Becken-
wand,mehr links als rechts.

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.

Nicht mehr in der Tumornachsorge erschienen.

Die Pat. ist am 16.1.75 verstorben.

R.K. geb.:30.8.24

J.Nr.:38316

4/74 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie Plattenepithelcarcinom.Nicht
im Gesunden entfernt.

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.

Laufende Kontrollen bis 6/85 zeigen
einen unauffälligen Befund

B.H. geb.:17.10.26

J.Nr.:38177

- 1/74 Abrasio.Histologie:V.a.Carcinom.
Abdominale Hysterektomie ohne Adnexe.
Histologie:ausgedehntes Plattenepithel-
carcinom.
Überweisung I.UFK:
Neoplastisches Infiltrat am Scheidenabschluß.
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 mgeh.
Weitere Kontrollen unauffällig, bis
- 3/77 Histologisch gesichertes Scheidenabschluß-
rezidiv.
II.Serie Perkutanbestrahlung Gammatron
bis 4000 rad.
- 11/77 Deutliche Progredienzim rechten Parametrium.
Keine Therapie mehr möglich.
- 6/78 Recto-vesico-vaginalfistel. Anus praeter.
Pat. verstarb am 15.8.78

E.H. geb.:1.4.03

J.Nr.:38171

- 1/74 Abrasio und Konisation.Histologie:
Plattenepithelcarcinom.
Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Histologie:nicht im Gesunden entfernt.
Überweisung I.UFK:
Infiltration bis zur Beckenwand.
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron 4000 rad.
Dann nicht mehr erschienen. Angeschrieben:
Pat. ist am 12.10.84 verstorben

M.M. geb.:12.7.24

J.Nr.:38130

- 1/74 Supravaginale Uterusamputation.
Histologie: nicht verhorntes Platten-
epithelcarcinom der Cervix.
Überweisung I.UFK:
Infiltration beider Parametrien.
3 Radiumeinlagen mit 4700 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 mgeh
- 3/74 gute Verhältnisse.
Dann nicht mehr erschienen. Angeschrieben.
Dann Kontrolluntersuchung 9/84-7/85
Sehr gute Verhältnisse.

M.F. geb.:28.1.24

J.Nr.:38011

- 10/73 Wegen Kohabitationsblutung:
Abdominale Hysterektomie ohne Adnexe.
Histologie: ausgedehntes Plattenepithel-
carcinom.
Überweisung I.UFK:
Infiltration des rechten Parametrium.
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.
Perkutanbestrahlung auswärts vorgenommen.
Bei uns nicht mehr erschienen.
Angeschrieben: Wegen Urämie und
Tumorprogression verstorben am 5.3.76

A.U. geb 1.4.33

J.Nr.:37901

- 7/73 PMB. Abrasio. Histologie: Platten-
epithelcarcinom.
Abdominale Hysterektomie ohne Adnexe.
Perkutanbestrahlung auswärts.
2 Radiumeinlagen (I.UFK) mit 2000 mgeh.
3/74 Überweisung I.UFK: Scheidenabschlußrezidiv.
Parametrane Infiltration beidseits.
II.Serie Perkutanbestrahlung. Abbruch
bei 2500 mgeh wegen Progressio.
5/74 weitere Tumorprogression
Die Pat. ist am 30.7.74 verstorben.

R.B. geb.:25.10.42

J.Nr.:37889

- 5/73 Portio-PE.Histologie: Plattenepithel-
carcinom.
6/73 Abdominale Hysterektomie ohne Adnexe.
Anschließend Mess-Acton Injektionskur.
9/73 Histologisch gesichertes Scheidenabschluß-
rezidiv. Überweisung I.UFK:
massive Ausmauerung des parametranen
Gewebes rechts.
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 5000 rad.
1 Radiumeinlage mit 1000 mgeh. Radiogen
bedingte Vulvitis. Feststellung von
Lungenmetastasen. Beginn Endoxan/Vincristin.
2/74 LK-Metastasen rechte Spina.
Recto-vaginal kein Anhalt für Rezidiv.
Zunahme der Lungenmetastasen.
Die Pat. verstarb am 4.11.74

M.B. geb.: 19.9.20

J.Nr.:37888

- 8/73 Abrasio und Portio-PE. Histologie:
Infiltrierend wachsendes Plattenepithel-
carcinom.
- 9/73 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Histologie: Nicht im Gesunden entfernt.
Überweisung I.UFK:
1 Radiumeinlage mit 1000 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
- 1/74 II.Serie wegen eines mächtigen Infiltrates
vom Scheidenabschluß bis zur Beckenwand.
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 3000 rad.
- 3/74 Bauchdeckenmetastase. Harnstauungsniere
links, Stumme Niere rechts.
Pat. verstarb am 6.4.74

H.E. geb.:29.6.28

J.Nr.:37811

- 7/73. unklarer Portiobefund.
Abdominale supravaginale Uterusamputation.
Histologie: Plattenepithelcarcinom.
Überweisung I.UFK:
Portio ist in einen dickhöckrigen TU
umgewandelt. Beidseits parametran
Infiltration.
3 Radiumeinlagen mit 3900 mgeh.
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
- 11/73 Scheidenabschlußrezidiv.
Pat. verweigert die weitere Therapie.
Die Pat. verstarb am 30.12.73

M.G. geb.:18.12.13

J.Nr.:37988

- 9/73 Konisation.
Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.
Histologie: Plattenepithelcarcinom mit
parametranem Wachstum.
Überweisung I.UFK:
2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh
Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad
- 3/74 unauffälliger Befund
Pat. ist nicht mehr erschienen.
Angeschrieben: Pat. versarb am 28.12.76

E.E. geb.:6.12.36

J.Nr.:37940

7/71 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie:Plattenepithelcarcinom.

Keine Nachbehandlung.

10/73 Histologisch gesichertes Scheidenabschluß-
rezidiv.

Überweisung I.UFK:

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 3500 rad.

Die weiteren jährlichen Nachkontrollen

bis 4/85 zeigen einen tadellosen Befund.

Kein Anhalt für Rezidivierung.

A.M. geb.:12.1.34

J.Nr.:37766

6/73 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie: Plattenepithelcarcinom mit
sehr tiefgreifender Infiltration.

Überweisung I.UFK:

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.

Die weiteren Jährlichen Nachkontrollen

bis 6/85 zeigen einen tadellosen Befund.

Kein Anhalt für Rezidivierung.

L.M. geb.:20.2.02.

J.Nr.:37748

9/69 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

(paraaortaler Lymphknotenbefall)

Histologie:nicht verhorntes Plattenepithel-
carcinom.

Anschließend Röntgenbestrahlung bis 2400 rad

2 Jahre lang vaginale Blutungen.

7/73 ScheidenabschlußRezidiv (histologisch
gesichert)

Überweisung I.UFK:

1 Radiumeinlage mit 1000 mgeh

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 3750 rad.

(Abbruch wegen bullösem Ödem)

Dann ist die Patientin nicht mehr erschienen

Angeschrieben: 3/74 2.Scheidenabschluß-
rezidiv. Keine Therapie möglich.

Die Pat. ist am 14.2.76 verstorben.

G.B. geb.:25.5.19

J.Nr.:37735

4/67 Konisation wegen einer Portioerosion.
Histologie:Plattenepithelcarcinom.

5/67 Vaginale Hysterektomie ohne Adnexe.
Anschließend Perkutanbestrahlung (Dosis
unbekannt). weiterhin unauffällig,bis:

5/73 Beckenwandrezidiv und paraaortale Lymph-
knoten nachgewiesen.

Keine Therapie mehr möglich.

Die Pat. verstarb am 5.11.73

E.K. geb.:10.9.33.

J.Nr.:37010

3/72 vaginale Hysterektomie mit Adnexen und
hinterer Plastik.

Histologie: Plattenepithelcarcinom.

6/72 Überweisung I.UFK: Scheidenabschlußrezidiv.

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4500 rad

Weitere jährliche Kontrollen bis 5/85

zeigen einen unauffälligen Befund.

B.W. geb.:19.9.18

J.Nr.:36716

11/70 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Histologie:Plattenepithelcarcinom.

Keine weitere Therapie.

1/72 Scheidenabschlußrezidiv. Parametrane

Infiltration. Auswärts Beginn der

Perkutanbestrahlung.Dann Überweisung I.UFK:

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 3500 rad.

Nicht mehr erschienen.

Angeschrieben: Die Pat.ist am 27.11.72

verstorben.

G.W. geb.:15.9.25

J.Nr.:36065

11/70 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

(Wegen Uterus myomatosus.) Histologie:

Plattenepithelcarcinom.

Überweisung I.UFK:

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.

Perkutanbestrahlung bis 4000 rad. Laufende

Kontrollen bis 4/85 zeigen einen unauf-
fälligen Befund.

I.H. geb.:25.2.39

J.Nr.:36073

10/70 Konisation.Histologie:Plattenepithelcarcinom.

Vaginale Hysterektomie ohne Adnexe.

Keine Nachbehandlung.

2/71 Scheidenabschlußrezidiv. Überweisung I.UFK:
Parametrane Infiltration.

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh

Telekobaltbestrahlung bis 4500 rad.

Die Pat. ist am 21.9.71 verstorben.

M.L. geb.:21.8.07

J.Nr.:35973

3/70 Abdominale Hysterektomie.

Histologie:Plattenepithelcarcinom.

Keine Nachbehandlung.

12/70 Scheidenabschlußrezidiv.Überweisung I.UFK:
Beginn Perkutanbestrahlung Betatron.
Abbruch bei 250 rad wegen cerebraler
Krampfanfälle und Urämie. Die Patientin
ist am 26.3.71 verstorben.

S.S. geb.:6.5.23

J.Nr.:35189

7/70 Abdominale Hysterektomie ohne Adnexe.

Histologie: Plattenepithelcarcinom.

Überweisung I.UFK:

2 Radiumeinlagen mit 2000 mgeh.

Perkutanbestrahlung Gammatron bis 4000 rad.

Alle Nachkontrollen bis 6/85 zeigen einen
unauffälligen Befund.

A.B. geb.:23.4.15

J.Nr.:35369

4/68 Abrasio und Konisation.Histologie:
Plattenepithelcarcinom.

6/68 Abdominale Hysterektomie mit Adnexen.

Pat. lehnt Nachbehandlung ab. Überweisung
I.UFK: Pat wünscht keine Behandlung.

5/70 Rezidiv, beide Parametrien infiltrierte.
Pulmonale Metastasierung. Pat. wünscht
keine Behandlung.

7/71 völlige Ausmauerung des kleinen Becken.
Rectovaginalfistel. Casus atherapeuticus.
Die Pat. verstarb am 21.1.72.

LITERATURANGABEN

- 1.) Doederlein: Die Wertheim'sche Operation
Arch.Gyn 186 (1955) 408-418
- 2.) Friedberg, Käser, Ober, Zander:
Behandlung der Uteruskarzinom in
Gynäkologie und Geburtshilfe
Herausgeber: Käser, Friedberg,
Ober, Thompson, Zander
Bd.:3 Spezielle Gynäkologiethemen 1972
- 3.) Weibl: 25 Jahre Wertheimsche Carcinomoperation
Arch.Gyn.: 135 (1928) 1-57
- 4.) Ober, Pohl: Die Ausbreitung der Cervixkrebsses
auf die Parametrien und die Lymph-
knoten der Beckenwand.
Arch.Gyn.: 197 (1962) 262 - 290
- 5.) Ober, Meinrencken, Schmidt: Gyn. OP aus allg.
und spezieller Operationslehre
begründet von Kirschner
2.Auflage. Herausgeber: Gulecke,
Zenker (Springer 1964)
- 6.) Lohe, Baltzer, Zander: Histologische Diagnose
und individuelle Krebsbehandlung
in der Gynäkologie.
Münchner Med. Wochenzeitschrift 118
(1976) 13/73 - 13/78

- 7.) Zander: Das Carcinom der Cervix uteri. Neue
Ergebnisse in der klinischen
Krebsforschung. 20. Friedrich
von Müller Gedächtnisvorlesung
München 1977
- 8.) Winter: Anatomie des Carcinoma uteri. Handbuch
der Gynäkologie. Herausgeber
Veit. 3. Bd. 2. Hälfte Bergmann
Wiesbaden 1908
- 9.) Baltzer: Operative Behdlg. des Cervixcarcinom.,
klinisch,-histologisch- und
tumormetrische Untersuchungs-
ergebnisse einer kooperativen
Studie an 4 Universitätsfrauen-
kliniken bei 1092 Pat. mit Cervix-
carcinom. Habilitationsschrift
München 1978.
- 10.) Baltzer, Köpcke, Lohe, Kaufmann, Ober, Zander:
Op. Behandlung des Cervix-ca.,
Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Nr.: 44 (1984)
- 11.) Wertheim: Die erweiterte abdominale Operation
bei Carcinoma colli uteri
(auf Grund 500 Fällen)
Urban und Schwarzenberg, Berlin 1911
- 12.) Baltzer, Köpcke, Lohe, Zander: Age and 5-year
survival recent Patients with
operated carcinoma of the cervix
Gynecolog. 14 (1982) 220-224

- 13.) Kirchhoff: Wert der postoperativen Nachbestrahlung
des Uteruscarcinoms.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Nr.: 9 (1949) 17-24
- 14.) Annual Report on the results of treatment in
gynecological cancer. 1976-1978
Kottmeier, Radiumhemmet, Stockholm
- 15.) Mayr: Zur Prognose des Kollumkarzinoms aufgrund
des histologischen Bildes.
Strahlentherapie 92 (1953) 67-74
- 16.) Lohe: Portioabschabung oder Konisation. Gynäk.
Praxis 1 (1977) 453-454
- 17.) Frischkorn: Gynäkologische Strahlentherapie. In:
Klinik der Frauenheilkunde und
Geburtshilfe. Hrsg.: Schwalm,
Döderlein, Wulf. Band 2 Urban und
Schwarzenberg 1996
- 18.) Richter, Thiel: Die anatomischen Grundlagen der
Wertheim'schen Radikaloperation
in der Modifikation von Meigs.
Geburtsh. u. Frauenheilkunde 14
(1954) 969 - 979
- 19.) Ries, Breitner: Strahlenbehandlung in der Gynäkologie
Urban und Schwarzenberg, München 1959
- 20.) Ries: Strahlenbehandlung in der Gynäkologie.
Zsch. Für allgemeine Medizin
Nr.48 (1972) 1540-1549

- 21.) Bohm,Krupp: Lymph node metastases in micro-
invasive epidermoid cancer
of the cervix.
Obstet.and Gynec. 48 (1976) 65-67
- 22.) Artner,Holzner: Zur Definition und Behandlung
des histologischen Stadiums Ia
des Cervixcarcinoms
Arch.Gynäk. 212 (1972) 195
- 23.) Lohe,Bräunig: Klinisch vermutete und histologisch
erwiesene Ausbreitung bei 150
Zervixkarzinomen.
Geburtsh.u.Frauenheilk. 29 (1969) 1061
- 24.) Bernaschek,Schaller: Operieren oder Bestrahlen
des Zervixkarzinoms im StadiumI Ib.
Geburtsh.u.Frauenheilk. 43 (1983) 755
- 25.) Kucera,Kubista: Das invasive Cervixcarcinom bei
jungen Frauen.
Geburtsh.u.Frauenheilk. 34 (1974) 1029
- 26.) Fischer,H.: Obduktionsbefunde beim Carcinoma coll.
uteri. Arch.Gynäk. 199 (1964) 157
- 27.) Lohe,Baltzer: Malignome der Cervix uteri. In:
Bender (Hrsg) Gynäkolog. Onkologie.
Thieme, Stuttgart-New York-Tokio 1984
- 28.) Averette,Savin: Prätherapeutische Staging-
Laparatomie bei Cervixcarcinom.
Gynäkologe 14 (1981) 164
- 29.) Burghardt: Histologische Frühdiagnose des
Cervixcarcinoms.
Thieme Stuttgart 1973

- 30.) Heller: Klinische Folgerungen aus Obduktions-
befunden beim Collumcarcinom.
Gynäkologe 1 (1969) 204
- 31.) Artner,Holzner: Vergleichende statistische Unter-
suchungen der klinischen und
histologischen Stadieneinteilung
bei der Wertheimschen Radikal-
operation.
Zschr.Geburtsh. u. Gynäk. 173 (1970) 1
- 32.) Mühlberger: Morphologische Studie an 167 Wertheim-
Operationspräparaten.
Geburtsh.u.Frauenheilk.35 (1975) 27
- 33.) Pfleiderer: Die Klinik der Gynäkologischen
Krebskrankheiten. In: Pfleiderer,
Eissenhauer (Hrsg.) Probleme der
Krebsnachsorge. Beitr. Onkologie
4. Karger, Basel 1980
- 34.) Hamperl: Vor- und Frühstadien des Portio-Karzinoms
Geburtsh.u.Frauenheilk. 25 (1965) 106
- 35.) Rutledge,Taylor Wharton,Fletscher: Clinical studies
with adjunctive surgery and
irradiation therapy in treatment
of carcinoma of the cervix.
Cancer 38 (1976) 596-602
- 36.) Schmidt-Mathiesen: Prä-,intra- und postoperative
Maßnahmen in Gynäkologie und
Geburtshilfe.2.Aufl. Enke, Stuttg.1978

- 37.) Tulzer, Kupka: Das Ausmaß des Karzinombefalls
der regionären Lymphknoten beim
Zervixkarzinom und sein Einfluß
auf die Heilungsrate.
Onkologie 1 (1978) 89.
- 38.) Frischkorn: Die Nachbestrahlung des operierten
Zervix- und Korpuskarzinoms.
Ergebnisbericht einer Experten-
beratung. Arch.Gynäk. 232(1981) 175
- 39.) Gitsch, Salzer: Zur optimalen Abklärung malignitäts-
verdächtiger Befunde an der Cervix
uteri. Geburtshilfe und
Frauenheilkunde 37 (1977) 278.
- 40.) Froewis,Ulm: Untersuchungen über den Karzinombefall
der Lymphknoten bei 1358 operierten
Karzinomen der Cervix uteri.
Wiener klin.Wschr. 83 (1971) 153
- 41.) Gerstner: 5-Jahres-Heilung und entzündliche
Komplikationen nach Radikaloperation
beim Zervixkarzinom. Ber.Gynäk.
u. Geburtsh. 120 (1984) 553.

LEBENS LAUF

Am 1.4.1947 wurde ich als 3. Kind des Dipl.-Ing Heinz Oestreich und seiner Ehefrau Christine in Bennemühlen/Burgdorf geboren.

Von 1954-1959 besuchte ich die Volksschule in Hannover, anschließend trat ich in das Staatliche Gymnasium Paedagogium Bad Sachsa ein, und legte dort 1968 die Reifeprüfung ab.

Im Wintersemester 1968 begann ich an der Freien Universität Berlin mein Medizinstudium und bestand im Oktober 1977 das medizinische Staatsexamen.

Nach meiner Medizinalassistentenzeit arbeitete ich 1978 und 1979 als chirurgischer Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus Vilshofen.

1980 begann ich mit meiner Gynäkologischen Ausbildung am Evangelischen Krankenhaus Oberhausen (Prof.R.Goebel). Seit 1981 bin Assistenzarzt an der I.Frauenklinik der Universität München (Prof. Dr.Dr.h.c. J.Zander)

